

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

DIANA KOREN

Izola, 2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**OBRAVNAVA PACIENTA V NEGOVALNEM TIMU
NA PRIMARNI ZDRAVSTVENI RAVNI**

**TREATING A PATIENT IN HEALTH CARE TEAM ON PRIMARY
HEALTH LEVEL**

Študentka: DIANA KOREN

Mentor: mag. TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK, dipl. med. sestra

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: Zdravstvena nega

Izola, 2014

KAZALO VSEBINE

Kazalo slik	III
Kazalo preglednic	IV
Povzetek	V
1 Uvod	1
2 Teoretična izhodišča	3
2.1 Zdravje in odnos do zdravja	3
2.2 Zdravstvena pismenost	4
2.3 Promocija zdravja, vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja	5
2.3.1 Promocija zdravja	5
2.3.2 Vzgoja za zdravje	11
2.3.3 Zdravstvena vzgoja	13
2.4 Medicinska sestra: promotorka zdravega življenjskega sloga in učiteljica za zdravje	13
2.4.1 Patronažno zdravstveno varstvo	13
2.4.2 Zdravstveno vzgojni centri	15
2.5 Negovalni tim	16
3 Metode dela	18
3.1 Namen in cilji	18
3.2 Raziskovalna vprašanja	18
3.3 Metodologija	18
3.4 Vzorec	20
4 Rezultati in razprava	22
4.1 Rezultati pridobljeni na organizirani akciji	22
4.2 Rezultati pridobljeni z intervjuji	26

5	Zaključek	32
6	Literatura	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Logotip Ottawske listine	6
Slika 2: Ključni strateški pristopi v promociji zdravja	8
Slika 3: Umeščenost vzgoje za zdravje in zdravstvene vzgoje v naravni potek bolezni	10
Slika 4: Koraki od neznanja do aktivnosti za zdravje	12
Slika 5: Število udeležencev akcije po spolu.....	20
Slika 6: Starostna struktura udeležencev akcije	21
Slika 7: Število udeležencev, razporejenih po skupinah rezultatov krvnega sladkorja.....	23
Slika 8: Prikaz števila udeležencev, razporejenih v skupine po vrednosti celokupnega holesterola.....	24
Slika 9: Delež nenalezljivih kroničnih bolezni po spolu	25
Slika 10: Razporeditev intervjuvancev po izobrazbi.....	26
Slika 11: Rezultati ankete »Samoučinkovitost na področju zdravja«	31

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1:Prednosti interdisciplinarnega negovalnega tima	17
---	----

POVZETEK

V diplomski nalogi smo predstavili sodelovanje negovalnih timov, ki delujejo na primarni zdravstveni ravni s področja dejavnosti vzgoje za zdravje ter promocije zdravja.

Temelj dela vsake medicinske sestre je zdravstveno vzgojno delo in promocija zdravja. Delovanje zdravstveno vzgojnih centrov in patronažnega varstva na primarni zdravstveni ravni temelji predvsem na preventivni dejavnosti, posvečeni posamezniku, skupini in lokalni skupnosti. Z aktivnostmi promocije zdravja, vzgoje za zdravje in zdravstvene vzgoje želijo medicinske sestre zdravstveno opismeniti vsakogar z namenom, kako ohraniti, vzdrževati in povrniti zdravje.

Za izvedbo aktivnosti so se povezale medicinske sestre iz zdravstveno vzgojnega centra in patronažne dejavnosti. V sodelovanju z lokalno skupnostjo in zdravstvenim domom je bila izvedena akcija promocije zdravja v eni krajevni skupnosti občine Izola. Prireditelj je potekala z namenom ugotavljanja dejavnikov tveganja med splošno populacijo in usmerjanja populacije v zdrave življenjske navade.

Namen raziskave je bil, da na izbranem vzorcu ugotovimo prisotnost dejavnikov tveganja za srčno žilna obolenja in v nadaljevanju preučimo, ali so pacienti, pri katerih smo ugotovili dejavnike tveganja, seznanjeni z možnimi dejavnostmi preventivne zdravstvene vzgoje, ki pripomorejo k ohranjanju zdravja. Zastavili smo si naslednjo hipotezo oz. raziskovalno vprašanje: Na kakšen način je lahko povezano delo medicinske sestre v zdravstveno vzgojnih centrih in delo medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu za boljšo kakovost oskrbe pacienta s kronično boleznijo?

Metode dela: Podatke smo zbirali na dan izvedene aktivnosti za promocijo zdravja. Vsem udeležencem smo izmerili parametre krvnega sladkorja, holesterola in krvnega pritiska. Z udeleženci, pri katerih smo ugotovili povišane vrednosti merjenih parametrov, smo izvedli intervjuje, ki so potekali na osnovi strukturiranega intervjuja.

Rezultati: Pacienti s prisotnimi dejavniki tveganja, kot so povišan krvni sladkor, povišane maščobe v krvi ali povišan krvni pritisk, so zdravstveno osveščeni in znajo poskrbeti za svoje zdravje.

Zaključki: Zdravstveno osveščen pacient redkeje potrebuje zdravstvene storitve, kar lahko dosežemo z učinkovitim zdravstveno vzgojnim delom, ki zahteva od zdravstvenega osebja več časa posvečenega posameznemu pacientu.

Ključne besede: zdravstvena nega, promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, dejavniki tveganja, zdravstveno vzgojni center, patronažna dejavnost

ABSTRACT

In this diploma work we present the cooperation of the nursing teams, working in the primary health care level, in the field of education activities for health and health promotion.

The foundation of the work of each nurse is a health education and health promotion work. At the primary health care level functioning of the Health Education Centers and Community nursing is based primarily on preventive activities dedicated to the individuals, groups and local communities. With the activities of health promotion and health education nurses wish to educate everyone how to preserve, maintain and restore the health.

Nurses from the Health Education Center and Home Care Services participated in carrying out the activities. In cooperation with the Local Community and Health Center a health promotion campaign was conducted in one of the local communities of the Municipality of Izola. The event was held for the purpose of detecting risk factors in the general population and guiding the population to healthy living habits.

The purpose of the study was that we find out the presence of risk factors for cardiovascular diseases on the selected sample and further we examine whether patients, whom we found the risk factors, are aware of potential preventive health education activities that help to maintain health. We have set the following hypothesis or research question: In what way can be related the work of nurses in Health Education Centers and Community nursing to improve the quality of care for patients with chronic illness?

Methods: Data were collected on the day of the implemented activities for health promotion. To all participants we measured parameters of blood sugar, cholesterol and blood pressure. With participants with elevated levels of measured parameters, we carried out interviews, which were held on the basis of a structured interview.

Results: The patients with present risks factors: elevated blood sugar, elevated blood fats and high blood pressure are aware of the health issues and know how to take care of their health.

Conclusion: Health conscious patient rarely needs medical services, what can be achieved with an effective health education work that requires more time of the medical staff devoted to each patient.

Keywords: health care, health promotion, health education, risk factors, health educational center, community nursing

SEZNAM KRATIC

CINDI Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program

HDL High density lipoprotein – lipoprotein z visoko gostoto

IVZ Inštitut za varovanje zdravja

LDL Low density lipoprotein – lipoprotein z nizko gostoto

NPPPSŽB Nacionalni program primarne preventive srčno – žilnih bolezni

NKB Nenalezljive kronične bolezni

SZO Svetovna zdravstvena organizacija

ZVC Zdravstveno vzgojni center

ZZV Zavod za zdravstveno varstvo

WHO World Health Organization

1 UVOD

Zdravje je ena najpomembnejših vrednot posameznika, vsekakor pa postaja zelo pomembna vrednota v družbi nasploh. Zdravje lahko pojmujeemo kot kapital posameznika in je pomembna naložba za vsakogar, ter posledično tudi za družbo (1). Koncept zdravja ima pri vsakemu posamezniku občasno osrednji pomen. Ob izgubi zdravja je lahko ogrožena posameznikova eksistenca (2). Največji delež obolevnosti je v Evropi (70 %), posledično invalidnosti in smrti (80 %), povzročajo kronične nenalezljive bolezni (KNB) (3). SZO jih pojmuje kot različno hitro napredujoče nenalezljive bolezni, ki vodijo v smrt. V Evropi so najpogostejše: bolezni srca, sladkorna bolezen, rak, duševne bolezni in bolezni dihal (astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen). Vzroki za nastanek le-teh so nezdrave prehranske navade, visoki energijski vnosi hranil, pomanjkanje telesne aktivnosti in kajenje (4). Zaradi naraščajočega števila pacientov s kronično boleznijo je Svetovna zdravstvena organizacija za evropsko regijo leta 1984 osnovala CINDI program (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention). Z aktivnostmi promocije zdravja naj bi zmanjšali število pacientov s KNB (5). Od tu poteka tudi Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSŽB). To je sistematični preventivni program za odraslo populacijo, ki zajema vse moške med 35. in 65. letom ter ženske med 45. in 70. letom starosti, s katerim se odkrivajo osebe, ki so visoko ogrožene, da zbolijo za katero od bolezni srca in ožilja. Sestavni del te mreže so zdravstveno vzgojni centri (ZVC- V Sloveniji jih je 61), ki izvajajo programe zdravstvene vzgoje in promocijo zdravja za odraslo populacijo (6). Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1984 promocijo zdravja definirala kot proces, ki usposobi ljudi, da imajo večji nadzor nad svojim zdravjem (7). Med drugim je vrednota promocije zdravja opolnomočiti posameznika tj., da bo znal poskrbeti za svoje zdravje (8).

V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 je navedeno, da s spremembo življenjskih razmer in življenjskega sloga lahko posameznik poveča kakovost svojega življenja in kot del ozaveščene družbe pripomore k podaljšanju aktivne in zdrave življenjske dobe (9). Naloga promocije zdravja ni le domena zdravstvenega sektorja (pretežno primarnega zdravstvenega varstva), temveč multidisciplinarni pristop in bi morala biti prioriteta celotne družbe, predvsem pa osnova političnih odločitev (8).

Zdravstveno komuniciranje se je izkazalo kot strateški pristop za informiranje javnosti o perečih problemih. Mediji, predvsem pa svetovni splet, so se izkazali kot dober in široko dostopen vir informacij. Problematika je lahko predstavljena od masovnih do multimedijskih pristopov ter pripovedovanja zgodbic in podobno, kar je razumljivo tudi najmlajšim kot ciljni skupini (8). Komuniciranje z javnostjo ter obveščanje pacientov na prijazen in razumljiv način bo pripomoglo k zaupanju v sistem zdravstva za vse skupine prebivalstva, še zlasti za posamezne ogrožene skupine, vplivalo bo tudi na ozaveščanje o skrbi za lastno zdravje (9).

V Letnem programu nalog na področju javnega zdravja v letu 2013 (10) je med drugim navedeno tudi zagovorništvo, osveščanje javnosti, izvajanje programov krepitev zdravja in dvigovanje zdravstvene pismenosti splošne javnosti in ciljnih populacij (10).

Temelj dela medicinske sestre je zdravstveno vzgojno delo in promocija zdravja. Da bi znali prilagoditi zdravstveno vzgojne ukrepe, programe in intervencije posamezniku ali skupini, moramo oceniti njegovo/njihovo sposobnost razumevanja vsebine tj. zdravstveno pismenost (11).

Zdravstvena pismenost je v znanosti relativno nov koncept. Po definiciji SZO je zdravstvena pismenost kognitivna in socialna sposobnost, ki pri posamezniku določa motivacijo in sposobnost, da zna dostopati, razumeti in uporabiti informacije, ki spodbujajo ali ohranjajo dobro zdravje (12). Dernovšček Hafner (13) pravi: »Zdravstveno pismen posameznik je tisti, ki je sposoben razumeti zgodnje simptome bolezni, poiskati pravega zdravnika, pa tudi razumeti pomen natančnega upoštevanja navodil za zdrav življenjski slog ali za jemanje predpisane terapije« (13).

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 Zdravje in odnos do zdravja

Zdravje pojmuje kot odsotnost bolezni, celostno pa zdravje opredelimo kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja (14). Pri prvi definiciji, ki je enostranska, so kazalniki merljivi, za razliko od druge, kjer so kazalniki nedoločeni in dopuščajo veliko subjektivnosti. Ko presežemo ozko gledanje na zdravje in ko se upošteva celotno življenjsko situacijo, se dopuščajo neustrezne razlage, saj se vsakogar, ki je nezadovoljen, lahko prepozna kot nezdravega (15). Celostna definicija poudarja odvisnost zdravja od zunanjih dejavnikov kot so: hrana, prostor za bivanje, dohodek, socialna pravičnost in enakost, izobrazba in drugo (16).

Koncept zdravja ima pri vsakemu posamezniku občasno osrednji pomen. Ob izgubi zdravja je lahko ogrožena posameznikova eksistenca. Na splošno vsakdanje počutje posameznika bistveno vpliva zdravstveno stanje, kar so potrdili raziskovalci, ko so spraševali posameznike po oceni počutja, samooceni zdravstvenega stanja in sreče (17). Konec leta 2011 je časopisna hiša Delo (17) opravila vsakoletno anketo prebivalcev Republike Slovenije *Pričakovanja za leto 2012*. Med ostalim so anketirance vprašali, katera je njihova najpomembnejša vrednota. Najpogostejši odgovor je bil *zdravje* in sicer kar v 93 %. Časopisna hiša Delo tako anketo opravlja že deset let in vsa ta leta je na prvem mestu vrednota zdravje (17).

Ule (18) razmišlja, da je zdravje postalo neka nova ideologija sodobnega sveta kot nadomestek religije in vere v odrešenje. Kako ohraniti zdravje v današnji družbi postaja vrlina (s katerim dosegamo druge cilje), ki jo ponazarjajo samodisciplina in nadzor nad telesom, življenjskimi navadami in promocijo novega življenjskega sloga. S takim obnašanjem se posameznik uvršča v nek simbolni red, kar pa nadzoruje sodobna medicina, ki ponuja nasvete in metode za ohranjanje zdravja (18).

V Resoluciji o nacionalnem planu za zdravstveno varstvo 2008-2013 (9) je navedeno: »Sprememba življenjskih razmer in življenjskega sloga je tisti dejavnik, ki lahko poveča kakovost življenja ljudi, njihovo pričakovano zdravo življenjsko dobo in zmanjšanje stroškov zdravstvenega varstva. Varnost, obvladovanje negativnega stresa, neuporaba psihoaktivnih snovi (prepovedane droge, alkohol, tobak), uravnotežena prehrana, redna

telesna dejavnost, zdrava spolnost in higiena so ključna področja z zdravjem povezanega vedenja, ki jih kot ozaveščena družba lahko močneje spodbujamo in s tem podaljšamo zdravo življenjsko dobo.« (9).

Na podlagi *Poročila o razvoju 2012* Urada za makroekonomske analize (19) kazalniki zdravja v Sloveniji kažejo na pozitivne premike v ohranjanju in krepitvi zdravja in zagotavljanju kakovosti življenja posameznika. Povprečna življenjska doba Slovencev je 79,8 let, od tega je preživelih zdravih let življenja 60 let. Umrljivost dojenčkov je med najnižjimi v Evropi. Čakalne dobe so se bistveno zmanjšale, zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom pa se je povečalo iz deleža 28,1 (leta 2008) na 39,2 %. Delež ljudi, ki svoje zdravje ocenjuje z dobro ali zelo dobro se je iz leta 2008 s 54,9 % v letu 2010 povečal na 57,7 %. Torej se samoocena zdravja izboljšuje (19).

2.2 Zdravstvena pismenost

Temelj dela medicinske sestre je zdravstveno vzgojno delo in promocija zdravja. Da bi znali prilagoditi zdravstveno vzgojne ukrepe, programe in intervencije posamezniku ali skupini, moramo oceniti njegovo/njihovo sposobnost razumevanja vsebine tj. zdravstveno pismenost (11).

Ta je v znanosti relativno nov koncept. Opredelitev pojma po SZO (12) je, da zdravstvena pismenost pomeni kognitivno in socialno sposobnost, ki pri posamezniku določa motivacijo in sposobnost, da zna dostopati, razumeti in uporabiti informacije, ki spodbujajo ali ohranjajo dobro zdravje (12). Cilj zdravstvene pismenosti presega ozke koncepte zdravstvene vzgoje in individualnega vedenja. Je celovito razumevanje in ozaveščanje o determinantah zdravja, ki spodbuja da posameznika in družbo k ukrepanju pri spremembah teh dejavnikov. Opolnomočenje vodi do osebne in družbene koristi, ki omogoča učinkovito ukrepanje in prispeva k razvoju socialnega kapitala (12).

Kako bo vsak posameznik dojel in razumel besedo, je odvisno od enega senzoričnega sistema. Senzorični modeli so značilni za človeško vrsto, ki ustvarja vzorce izkušenj, ki se razlikujejo med posamezniki in znotraj njega (20).

V raziskovalnem evropskem projektu Consortium Health Literacy Project European je sedem avtorjev navedlo kar sedemnajst definicij - razlag pojma zdravstvena pismenost (21). Dernovšček Hafner (13) pravi : »Zdravstveno pismen je posameznik, ki je sposoben

razumeti zgodnje simptome bolezni, poiskati pravega zdravnika, pa tudi razumeti pomen natančnega upoštevanja navodil za zdrav življenjski slog ali za jemanje predpisane terapije« (13).

Kanj in Matic (22) sta povezala funkcionalno in zdravstveno pismenost kot ključni za vsakdanje življenje v 21. stoletju. Zdravstvena pismenost je zelo pomembna za planiranje aktivnosti promocije zdravja. Področje zdravstvene pismenosti sta razdelila na tri stopnje (22):

1. Funkcionalna pismenost: Sposobnost posameznika prebrati, razumeti in izpolniti obrazce (npr. privolitev za operativni poseg), razumeti pisna in ustna navodila zdravstvenih delavcev v zvezi s pravilnim jemanjem zdravil, postopki samooskrbe in drugo.
2. Konceptualna pismenost: Širok razpon sposobnosti in odgovornosti v vezi z zdravjem, ki ga ljudje razvijajo skozi življenje; poiskati, razumeti in uporabiti informacije, ki ugodno vplivajo na zdravje.
3. Zdravstvena pismenost kot opolnomočenje: Krepitev odnosov zdravstvenega sistema s prebivalstvom, da bi se mogel vsak posameznik znajti v zdravstvenem sistemu, ter poznal pravice, ki izhajajo iz tega naslova. Opolnomočenje tudi pripomore, da posameznik ali skupina aktivno sodelujejo in pripomorejo pri ustvarjanju zdravstvene politike (22).

2.3 Promocija zdravja, vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja

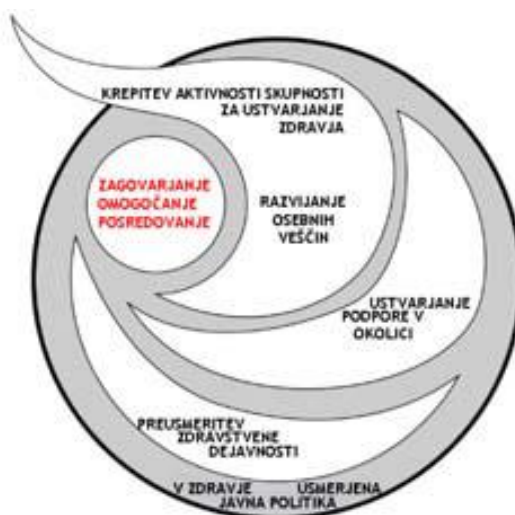
V tem poglavju bomo opisali zametke promocije zdravja in kako je bil opredeljen kontekst promocije zdravja, ki je kasneje prešel v svetovni proces. Smernice in opredelitve SZO o delovanju promocije zdravja, opredelili bomo pojme s katerimi se pogosto srečujemo tj. promocija zdravja, vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja ter na katerih področjih in zdravstvenih nivojih je potrebno delovati, da bomo posameznika zdravstveno opismenili, da bo znal svoje zdravje ohranjati, povrniti ali kakovostno živeti z boleznijo.

2.3.1 Promocija zdravja

Organizirano področje promocije zdravja se je začelo v Kanadi leta 1974, ko je takratni minister za zdravje Marc Lalonde izdal dokument „Nov pogled na zdravje Kanadčanov“

(23). Bil je nov pogled na zdravje in istočasno strategija za izboljšanje zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija (24) ga je leta 1984 nadgradila in promocijo zdravja definirala kot proces, ki usposobi ljudi, da imajo večji nadzor nad svojim zdravjem (24).

Leta 1986 je v Ottawi (Kanada) potekala Prva konferenca na temo promocije zdravja. Bila je predvsem odziv na vedno večja pričakovanja za novo gibanje za javno zdravje po vsem svetu. Osredotočeni so bili na potrebe v industrializiranih področjih, upoštevajoč podobno situacijo v drugih regijah. Stališča, ki so jih zavzeli so bila zgrajena na osnovi Deklaracije na primarnem zdravstvu na Alma-Ati, ciljev Svetovne zdravstvene organizacije in takratni nedavni razpravi v Generalni skupščini SZO v medsektorskem delovanju za zdravje. Promocijo zdravja so definirali (24) kot proces, ki omogoča ljudem, da povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na njihovo zdravje, s tem pa lahko izboljša njihovo zdravje. Da bi posamezniki ali skupina dosegli stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje, morajo biti zmožni prepoznati in uresničiti svoje želje, zadovoljiti potrebe in spremeniti ali prilagoditi okolje. Zdravje je torej potrebno gledati kot vir za vsakdanje življenje in ne cilj življenja. Zdravje je pozitiven koncept, poudarja družbene in osebne vire ter telesne zmogljivosti. Zato promocija zdravja ni samo odgovornost zdravstvenega sektorja, ampak gre za zdrav način življenja, za dobro počutje. Po SZO so temeljni pogoji in viri za zdravje: mir, prostor, izobraževanje, hrana, dohodek, stabilen ekosistem, trajnostni viri, socialna pravičnosti in enakost (24).



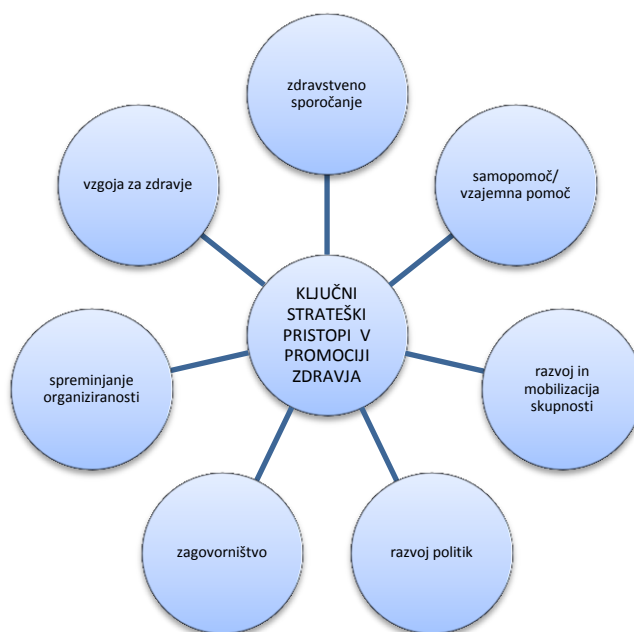
Slika 1: Logotip Ottawske listine (8)

V Sliki 1 predstavljamo logotip konference v Ottawi v katerem so usmeritve na cilje, ki so si jih zastavili v okviru konference. Logotip predstavlja krog s tremi krili. V notranjosti so našete smernice promocije zdravja, to so: 1. zagovarjanje in zastopanje zdravja v vseh segmentih družbe, 2. omogočati razvijanje najvišjih zdravstvenih kapacitet, 3. posredovati med različnimi interesi, da bi dosegli k zdravju usmerjen pristop. Okrog so zarisana področja delovanja promocije zdravja: 1. oblikovati tako politiko, ki bo usmerjena k zdravju, 2. ustvariti okolje, ki bo spodbudno delovalo na krepitev zdravja prebivalcev, 3. krepiti družbo, da bi aktivno sodelovala pri aktivnostih promocije zdravja (to krilo se razprostira izven kroga), 4. z zdravstveno vzgojo razvijati osebne veščine, 5. zdravstveno dejavnost preusmeriti iz strogo kurativne v preventivno usmerjeno dejavnost (8).

Osnovne značilnosti promocije zdravja so (8):

- celostna obravnava zdravja (biopsihosocialni pristop),
- osredotoča se na determinante zdravja,
- uporablja komplementarne strategije,
- posameznik je aktivno udeležen,
- za krepitev zdravja se uporablja obstoječe možnosti

Istočasno, pa so najpomembnejše **vrednote** promocije zdravja: opolnomočenje ljudi (da bodo znali poskrbeti za svoje zdravje), socialna pravičnost (enakost ne glede na socialni ali ekonomski položaj posameznika), spoštovanje različnosti (ob pogledu na zdravje in kulturni neenakosti) in socialna vključenost različnih skupin in posameznikov (možnost dostopa do virov za ohranitev zdravja in sodelovanja pri odločitvah v zvezi z zdravjem, predvsem pri članih marginaliziranih skupin) (8) .



Slika 2: Ključni strateški pristopi v promociji zdravja (8)

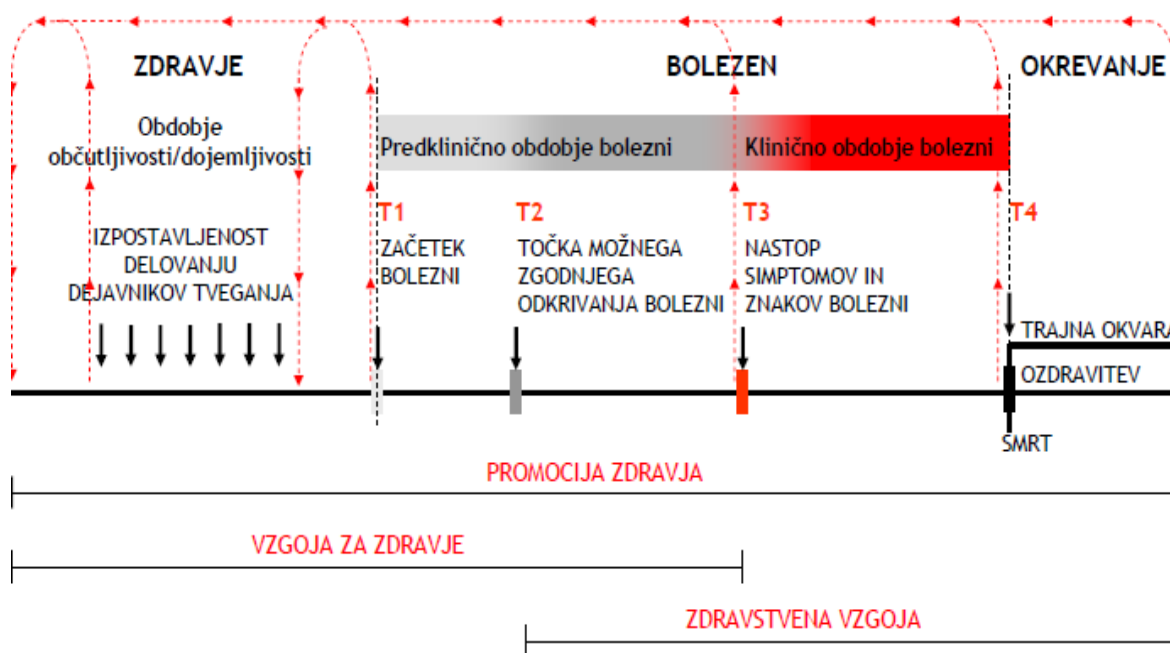
Slika 2 prikazuje sedem ključnih pristopov pri promociji zdravja. **Zdravstveno komuniciranje** se je izkazalo kot strateški pristop za informiranje javnosti o perečih problemih. Mediji, predvsem pa svetovni splet, so se izkazali kot dober in široko dostopen vir informacij. Problematika je lahko predstavljena od masovnih do multimedijskih pristopov ter pripovedovanja zgodbic in podobno, kar je razumljivo tudi najmlajšim kot ciljni skupini. **Vzgoja za zdravje** je usmerjena na izboljšanje izobraženosti na področju zdravja, hkrati pa tudi izboljšanja veščin v zvezi z zdravjem. **Samopomoč oz. vzajemna pomoč**, je kot pristop mišljena delitev neke skupne izkušnje ali problema, ter nudenju pomoči in podpore med seboj. **Spreminjanje organiziranosti** naj bi se vršilo povsod kjer se ljudje družijo: šole, mesta, delovne organizacije, bivalni okoliši. Promotorji zdravja naj spreminjajo organiziranost skupnosti tako, da imajo na izbiro zdrave možnosti. **Razvoj, dozorevanje in modilizacija skupnosti** so skupni napor, usmerjeni v povečanje nadzora nad determinantami zdravja. Ta pristop je eno najmočnejših orodij v zagotavljanju zdravju prijaznega okolja. **Zagovarjati zdravje** je individualen in skupinski cilj, da dosežemo politični konsenz in podporo za določen zdravju pozitiven program. Za razvoj pravnih predpisov in meril, ki varujejo zdravje skupnosti in posameznika in hkrati ponujajo izbiro zdrave možnosti mora skrbeti **politika za zdravje** (8). Naloga promocije zdravja ni samo v domeni zdravstvenega sektorja (pretežno primarnega zdravstvenega varstva), ampak bi

morala biti prvenstveno družbena in politična naloga (8). Aktivnosti promocije zdravja potekajo v več sistemih: zdravstveni, šolski, gospodarski, znanstveni in drugih. Sistemi se dopolnjujejo, eni raziskujejo vpliv narave in družbe na zdravje, drugi iščejo vzroke za spremembo slabih vplivov na zdravje, tretji pa skušajo povrniti ali okrepiti zdravje in drugo. Promocija zdravja je izrazito multidisciplinaren in multisektorski pristop (8).

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) (terciarna raven), ki ima devet hčerinskih zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV), je kot nacionalna ustanova najpomembnejši promotor zdravja. Promocijo zdravja izvaja s programi in projekti za krepitev in varovanje zdravja posameznika ter populacije. Njegova osrednja vloga je poučevanje, varovanje in zviševanje ravni zdravja Slovencev. Kot osrednja nacionalna ustanova programsko izvaja aktivnosti ozaveščanja prebivalstva ter druge preventivne ukrepe. Ukvarja se tudi z javnozdravstvenimi problemi in kot ekspertna ustanova sodeluje pri odločitvah, katere država sprejema posredno in neposredno, vplivajočih na zdravje prebivalstva (25) in ciljnih populacij (26).

Eden najbolj uspešnih in razširjenih programov promocije zdravja, ki se razteza od SZO do lokalnih ravni, je CINDI program. Usmerjen je v ozaveščanje prebivalstva o zdravem življenjskem slogu ter v preprečevanje srčno-žilnih ter drugih kroničnih bolezni. Program ponuja vsebine kot so: dejavniki tveganja, ohranjanje zdravja, telesna dejavnost, zdrava prehrana, zdravo hujšanje, opuščanje kajenja in test hoje. Delavnice so namenjene vsem, ki želijo spreminjati svoje razvade ter pacientom z dejavniki tveganja (tj. zvišan krvni pritisk, holesterol in sladkor, kadilcem in drugo), katerim so bili ugotovljeni dejavniki tveganja v okviru preventivnega pregleda pri osebem zdravniku (27).

Projekti Zdravo mesto, Zdrava šola in podobni so dolgoročni projekti IVZ (po smernicah SZO). Npr. namen projekta Zdravo mesto je ustvarjati, izboljšati in vzdrževati pvrine naravnega in družbenega okolja, ki omogočajo, da ozaveščeni prevzamejo večjo odgovornost za lastno zdravje in izboljšanje kakovosti življenja, posledično pa prebivalce spodbujajo za vzajemno skrb. Poslanstvo projekta Zdrava šola je predvsem krepiti odnos mladih do zdravega okolja, načina življenja in dela. V te projekte so posredno vključeni šolarji, učitelji, neposredno pa starši, lokalna skupnost in okolje (8).



Slika 3: Umeščenost vzgoje za zdravje in zdravstvene vzgoje v naravni potek bolezni (8)

Slika 3 prikazuje katere pristope uporabljamo v obdobju zdravja ali bolezni za ohranitev ali povrnitev zdravja oz. kako z boleznijo kvalitetno živeti ali dostojno umreti.

Primarno-primarna raven preventive je zdravstveno vzgojni pristop, namenjen ljudem, ki živijo zdravo, so pa izpostavljeni nizkemu ali povprečnemu tveganju. Zato je cilj primarno primarne preventive usmerjanje dejavnosti v ozaveščanje ljudi o potencialni preteči nevarnosti za njihovo zdravje. Temeljna metoda dela je vzgoja za zdravje (8). Uporabljajo jo javna občila in mediji za višanje prosvetljenosti prebivalstva in posledično odgovornost posameznika za lastno zdravje. Primer je program Ne skači v vodo na glavo, če nisi prepričan o njeni globini (28).

Primarna raven preventive je usmerjena na ožje ciljne skupine, kjer že zasledimo tvegano vedenje za zdravje (npr. kadilci). Pri tej skupini ljudi še niso prisotni znaki bolezni, vendar z nadaljevanjem tveganega vedenja, je možna obolevnost. Pri tej skupini ljudi se delo usmerja v sposobnosti in motivacijo, da prevzamejo nadzor nad svojim vedenjem in prevzamejo odgovornost za svoje početje. V tej ravni preventive se prepletata vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja.

Sekundarna raven preventive zajema delo z ogroženimi skupinami prebivalstva, a še vedno zdravimi ljudmi. Ozaveščanje je usmerjeno v opozarjanje na dejavnike tveganja, ki so

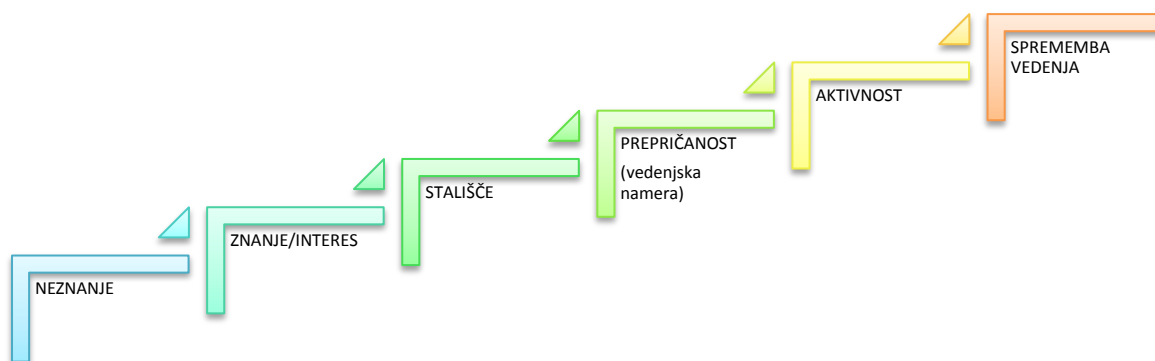
povezani z življenjskim obdobjem in delovnim ter življenjskim okoljem (28). S seznanjanjem o bolezenskih znakih, usmerjanjem ljudi v učinkovito samoopazovanje in samopregledovanje, dosegamo tako stopnjo prosvetljenosti, da bo posameznik znal pravočasno poiskati nasvet oz. pomoč ustreznih strokovnjakov (8).

Terciarna raven preventive je usmerjena v zdravstveno vzgojo bolnega posameznika z namenom, le-tega usposobiti za življenje z nastalo spremembo ali pa preprečiti poslabšanje oz. ponovitev bolezni (28).

Kvartarna raven preventive je dokaj nov izraz, ki pomeni preprečevanje socialnih posledic bolezni in se nanaša predvsem na neozdravljiva kronična stanja. Npr. v onkologiji se nanaša na preprečevanje trpljenja ali / in preprečevanje nepotrebnih diagnostičnih postopkov in zdravljenj, ki bi pacientu zmanjšala kakovost zadnjih dni življenja (8).

2.3.2 Vzgoja za zdravje

Na straneh IVZ (29) je pojem opredeljen kot »pomemben in nepogrešljiv del promocije zdravja in je definiran kot planiran proces za doseganje znanja povezanega z zdravjem ali boleznijo.« Vzgoja za zdravje je dinamičen proces. Načrtovan cilj programov je ponuditi znanje in motivirati posameznika, da bo zavzel stališča, ki bodo pozitivno delovala na njegov zdrav način življenja (29) oz. opolnomočiti posameznika, da ima večji nadzor nad svojim življenjem in posledično tudi svojim zdravjem (8). Ob tem upošteva lastne izkušnje posameznika in socioekonomske faktorje ter zdravje opredeljuje celostno. Z vzgojo za zdravje se želi zdrave ljudi vzgajati tako, da ohranjajo svoje zdravje in, da znajo poiskati zdravstveno pomoč, ko je to potrebno. Vzgojo za zdravje se izvaja neprestano in povsod, kadarkoli se govori o zdravju – preko mater, učiteljev in vzgojiteljev, delodajalcev, novinarjev in drugih.



Slika 4: Koraki od neznanja do aktivnosti za zdravje (8)

Slika 4 prikazuje spremembo vedenja kot celovit proces, ki poteka stopenjsko in ne tako jasno kot prikazuje slika, temveč se procesi dinamično prekrivajo. Ko posameznik pridobi dovolj znanja, mora zavladati interes, da lahko zavzame pozitivno stališče, katero bo pri njemu vspodbudilo željo po aktivnosti za spremembo vedenja (8).

Vzgoja za zdravje se izvaja aktivno in formalno. Izvaja se v zdravstvenih ustanovah, šolah, vrtcih, na delovnih mestih in v lokalnih skupnostih. Primer je: vzgoja za otroke in mladostnike, ki zajema starostno skupino od 0 do 19 let ter poteka v šolah in vrtcih in zajema: vzgojo za zdravje predšolskih otrok in vzgojo za zdravje šolskih otrok in mladostnikov. V zdravstvenih domovih je najbolj poznana šola za bodoče starše (29). Istočasno na teh področjih poteka tudi neformalna vzgoja za zdravje. Največ neformalne vzgoje za zdravje smo deležni doma. Veliko sporočil za zdravo življenje pa dobivamo tudi preko medijev (30).

Cilji vzgoje za zdravje na primarnem nivoju (30):

Vsebine in izvajanje le-teh je potrebno približati uporabniku.

Doseči poenoten standard znanj o zdravju med otroci, mladostniki, starši in drugimi ranljivimi skupinami ter izvajalci vzgoje za zdravje.

Vsebine in metode podajanja znanj prilagoditi ciljnim skupinam.

Celotno izvajanje preventivnih programov razširiti do lokalnih ravni, koordinirano s strani regionalnih in nacionalnega centra.

Doseči boljše sodelovanje med zdravstvenimi in ostalimi ustanovami (npr. izobraževalnimi)(30).

2.3.3 Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je sestavni del obravnave pacienta na vseh nivojih zdravstvenega varstva s strani zdravstvenih delavcev. Največkrat je uporabljena pri terapevtskih postopkih, namen je preprečiti posledice že obstoječe bolezni. Je zdravstvena disciplina, ker črpa osnovna načela iz znanja o procesih pri bolnem in zdravem človeku (8).

2.4 Medicinska sestra: promotorka zdravega življenjskega sloga in učiteljica za zdravje

Že v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (31) je v prvem členu opredeljeno, da je skrb medicinske sestre tudi ohranitev zdravja pacienta. Medicinska sestra je dolžna delovati zdravstveno-vzgojno, saj je soodgovorna v skrbi za zdravje in življenje ljudi. Njene odločitve morajo temeljiti na načelih za krepitev, ohranitev in obnavljanje zdravja. Medicinska sestra ravna po usmeritvah za zagotavljanje boljšega zdravja, ob skrbi za varno in zdravo okolje, prav tako podpira zdrav življenjski slog (31). V reviziji Kodeksa etike medicinskih sester leta 2012, je vloga medicinske sestre tudi ohranjanje in zaščita naravnega okolja (32).

Na kateremkoli segmentu zdravstvenega sistema so medicinske sestre zaposlene, so dolžne promovirati zdrav življenjski slog in delovati zdravstveno vzgojno. Opredelili se bomo na delovanje medicinskih sester na primarni ravni in sicer v patronažno zdravstvenemu varstvu in v zdravstveno vzgojnih centrih.

2.4.1 Patronažno zdravstveno varstvo

Šušteršič (33) ga definira: »Patronažno zdravstveno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje, občutljivi za škodljive vplive iz okolja.«

Patronažna medicinska sestra deluje na vseh treh ravneh zdravstvene vzgoje (primarni, sekundarni, terciarni). S permanentnim procesom zdravstvene vzgoje promovira zdravje pri posamezniku, družini in skupnosti. Vsako starostno obdobje in posameznik ima svoje specifične. Zato mora imeti patronažna medicinska sestra široka znanja, da bi znala s

promocijo zdravja spodbujati skrb za zdravje in posameznika spodbuditi in naučiti, da sam aktivno skrbi zanj (33).

Značilnosti patronažno zdravstvenega varstva so, da deluje na petih nivojih zdravstvene vzgoje: promocijo zdravja (osveščanje za skrb in krepitev zdravja), preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje obolenj, zdravstvena nega obolelega, rehabilitacija po poškodbah in bolezni (33).

Izvajalci patronažnega zdravstvenega varstva opravljajo preventivne obiske na domu in sicer pri: nosečnici, otročnici, novorojenčku, otroku pri dveh in treh letih starosti, v starosti od pet do petindvajset let pri tistih, ki so slepi ali slabovidni s pridruženimi motnjami, pri pacientih starejših od petindvajset let, ki imajo določene bolezni (tj. aktivna tuberkuloza, mišična in živčno-mišična obolenja, paraplegiki, tetraplegiki, invalidi, osebe z motnjami v razvoju in bolniki z multiplo sklerozo, cerebralno paralizo in pacienti s kronično boleznijo) in pri osebah starejših od petinšestdeset let, ki so osamljeni ali socialno ogroženi. Program obsega tudi programirano zdravstveno vzgojo v družini, lokalni skupnosti in skupinah (34).

Med ostalimi metodami dela patronažna medicinska sestra uporablja tudi (35):

- Zdravstveno vzgojno metodo – zlasti pomembno pri preventivnem delu, katerega cilj je, da pri posamezniku z zdravstveno vzgojo prebudi odgovornost za lastno zdravje, zdravje skupnosti in okolja.
- Dispanzersko metodo, ki ji omogoča zdravstveno vzgojno in preventivno delo, predvsem se nanaša na ranljive skupine kot so otroci, starostniki idr.
- Z epidemiološko metodo lahko zasleduje pojavnost neke masovne obolevnosti.
- Druge metode in tehnike dela, ki ji omogočajo raziskovalno delo, delo v skupinah, društvih, predavanja in drugo (35).

Cilji zdravstvene nege v patronažnem varstvu (33)

- Zdrav posameznik (telesno, duševno, duhovno in socialno) naj bi se dobro počutil v socialnem in ekonomskem okolju.

- Posameznik naj bi izbral zdrav način življenja ali pa poiskal pomoč pri izbiri le-tega.
- Posameznik naj bi ohranjal ali izboljšal zdravje in krepil pozitiven odnos do zdravja.
- Pri posamezniku razviti sposobnosti za samopomoč in sosedsko pomoč.
- Poskušati preprečiti bolezen in njene posledice z zmanjšanjem dejavnikov tveganja.
- Patronažna medicinska sestra naj bi prepoznala vse potrebe posameznika in družine v času zdravja, bolezni, nesposobnosti in umiranja.
- Patronažne sestre naj bi pripomogle pri ohranjanju zdravega okolja ali izboljšanje le tega.

Patronažna medicinska sestra izvaja procesno metodo dela in upošteva (35):

1. model V. Henderson (obravnava osnovne človekove potrebe in izvaja aktivnosti zdravstvene nege),
2. model D. Orem (model samooskrbe),
3. Beckerjev biopsihosocialni modeli javnega zdravja (upoštevajoč vse determinante zdravja).

2.4.2 Zdravstveno vzgojni centri

V okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPSŽB) je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, leta 2000 ustanovilo 61 zdravstveno vzgojnih centrov. Delujejo v okviru zdravstvenih domov po celi Sloveniji in skrbijo za zdravje v lokalnih skupnostih, kar pripomore k dostopnosti vsem zainteresirani za udeležbo pri programih svetovanja za zdravje (36).

Naloge zdravstveno vzgojnih centrov (ZVC) so (36):

- Organiziranje, izvajanje Programa svetovanje za zdravje, zato morajo zagotoviti ustrezno izobražene in dodatno usposobljene kadre.
- Aktivno sodelovanje z ostalimi izvajalci preventive in promocije zdravja.

- Kot promotorji zdravja aktivno delujejo v lokalni skupnosti ter se povezujejo z različnimi organizacijami in institucijami.
- Javnost obveščajo s pomočjo sredstev javnega obveščanja na lokalni ravni.

Vodja ZVC ima ustrezno visokošolsko izobrazbo medicinsko/zdravstvene smeri. Vsi izvajalci promocije zdravja in zdravstvene vzgoje za odrasle na področju preprečevanja bolezni srca in ožilja so zadolženi za izvajanje verificiranega programa (36).

2.5 Negovalni tim

Tim pomeni skupino, ki skupno deluje. Velika večina zaposlenih v zdravstveni negi svoj poklic opravlja v negovalnem timu ali/in v zdravstvenem timu, katerega člani imajo zdravstveno izobrazbo različnih stopenj. Cilj in predmet njihovega delovanja je zagotavljanje zdravstvene nege. Ponekod je med člani negovalnega tima točno določeno in razdeljeno področje delovanja (37). Boljše sodelovanje v praksi je mogoče doseči, če imajo zdravstveni delavci v mislih, da delujejo v dobro pacienta. Koncept za učinkovito sodelovanje je: medsebojno zaupanje, spoštovanje, učinkovita komunikacija in seveda pripravljenost na sodelovanje. Taki delovni odnosi pozitivno delujejo in pripomorejo k izboljšanju zdravja pacientov (39). Grantova (38) je s sodelavci analizirala prednosti delovanja interdisciplinarnih negovalnih timov, ki jih predstavljamo v Preglednici 1 (38):

<i>Prednosti interdisciplinarnega negovalnega tima</i>	
<p><i>Za paciente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Izboljša nego s povečanjem koordinacije storitev, zlasti za kompleksne probleme • Povezovanje zdravstvene nege za širok spekter problemov in potreb • Pooblašča pacienta kot aktivnega partnerja pri oskrbi • Služi pacientom iz različnih kulturnih okolij • Bolj učinkovita poraba časa 	<p><i>Za zdravstvene delavce:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poveča profesionalno zadovoljstvo • Omogoča premik z akutne, občasne zdravstvene nege, na dolgotrajno preventivno zdravstveno varstvo • Omogoča zdravnikom, da se naučijo novih spretnosti in pristopov • Spodbuja inovativnost • Izvajalcem omogoča, da se osredotočijo na lastna specializirana- strokovna področja

Preglednica 1: Prednosti interdisciplinarnega negovalnega tima (38)

Pagon in Kaučič (40) v svojem članku navajata, da imajo najboljše izkušnje na področju timskega dela v Združenih državah Amerike in na Japonskem, ker njihov način razmišljanja temelji na drugačnih vrednotah in navadah kot pri nas v Sloveniji. Pri nas je v ospredju kultura individualizma, usmerjena na samodokazovanje posameznika, ki se začne že v izobraževalnem sistemu. Produkti takega sistema se vedno težje vključujejo v delovna okolja kjer je potrebno timsko delo.

Avtorja sta opravila pilotsko študijo v Zdravstvenem domu Maribor in prišla do naslednjih rezultatov: Anketiranci smatrajo, da na uspešno delo v timu zdravstvene nege vplivajo medsebojno zaupanje, odprta komunikacija in sodelovanje. Najpogostejša dejavnika, ki vplivata na uspešno delo, sta sproščena klima, brez strahu pred sodelavci in/ali vodjo, ter medsebojni odnosi. Članek zaključujeta z zadovoljstvom ob spoznanju, da so zaposleni naklonjeni timskega delu, kajti le s tako metodo dela lahko pacientu nudimo celostno in kakovostno zdravstveno obravnavo (40).

3 METODE DELA

3.1 Namen in cilji

Namen raziskave je bil na izbranem vzorcu ugotoviti prisotnost dejavnikov tveganja za srčno žilna obolenja in v nadaljevanju proučiti ali so pacienti, pri katerih bomo ugotovili dejavnike tveganja, seznanjeni z možnimi dejavnostmi preventivne zdravstvene vzgoje, ki pripomorejo k ohranjanju zdravja. Tovrstna raziskava na področju zdravja v lokalni skupnosti še ni bila izvedena.

Cilji raziskave:

- ugotoviti prisotnost dejavnikov tveganja v preučevani skupini,
- preučiti v kolikšni meri udeleženci vzorca poznajo delovanje medicinske sestre na področju preventivno vzgojnega dela,
- proučiti zaznano samoučinkovitost udeležencev proučevanega vzorca

3.2 Raziskovalna vprašanja

Zastavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje:

- Na kakšen način je lahko povezano delo medicinske sestre v zdravstveno vzgojnih centrih in delo medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu za boljšo kakovost oskrbe pacienta s kronično boleznijo?

3.3 Metodologija

Izvedli smo kvalitativno študijo primera. Podatke smo zbirali na dva načina in jih nato podprli s pregledom literature.

Izvedli smo promocijsko akcijo, na kateri smo merili parametre, ki nam kažejo dejavnike tveganja za srčno žilne bolezni. Akcija je bila izvedena v marcu 2013 v prostorih krajevne skupnosti in sicer med tednom v dopoldanskem času. Izvajalci preventivne akcije so bili 3 zaposleni v zdravstveni negi zdravstveno vzgojnega centra in patronažnega varstva ter študentki 3. letnika FVZ Izola - smer zdravstvena nega, ki sta v zavodu opravljali klinične vaje. Na mestu izvedbe so bila nameščena štiri delovišča. Eno za sprejem udeležencev,

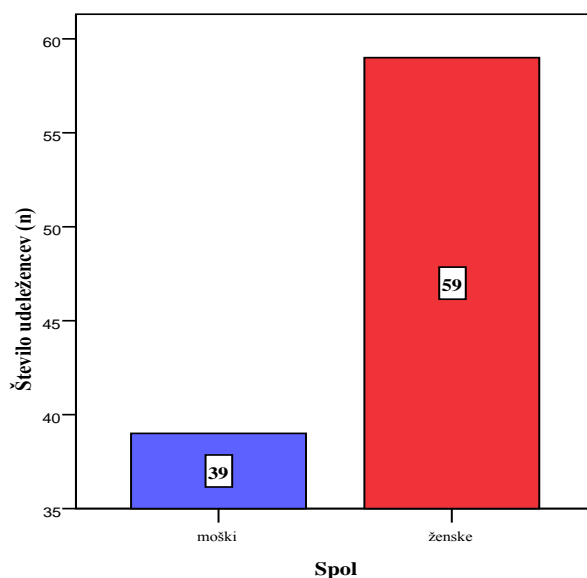
evidentiranje in meritev krvnega pritiska. Na ostalih treh deloviščih so se izvajale meritve krvnega sladkorja, holesterola in svetovanje.

V naslednjem koraku smo pri udeležencih akcije, kjer smo odkrili prisotne dejavnike tveganja, izvedli intervju. Vodilo na intervjuju nam je bil strukturiran anketni vprašalnik, ki dopušča tudi izražanje mnenj intervjuvancev, saj je bilo vanj vnesenih nekaj odprtih vprašanj. Odgovore na vprašanja smo pridobivali s pomočjo strukturiranih intervjujev, ki jih je izvedla patronažna medicinska sestra v okviru preventivnega patronažnega obiska pacienta s kronično boleznijo. Za izvedbo raziskave in predstavitev rezultatov smo pridobili soglasje organizacije, ki je nosilka izvedene preventivne aktivnosti.

Podatke smo statistično obdelali v programih Microsoft Office Excel 2007 in SPSS19 za okolje Windows, ter jih prikazali v obliki grafov in tabel. Odprta vprašanja smo pregledali, jih kodirali in predstavili v obliki kategorij.

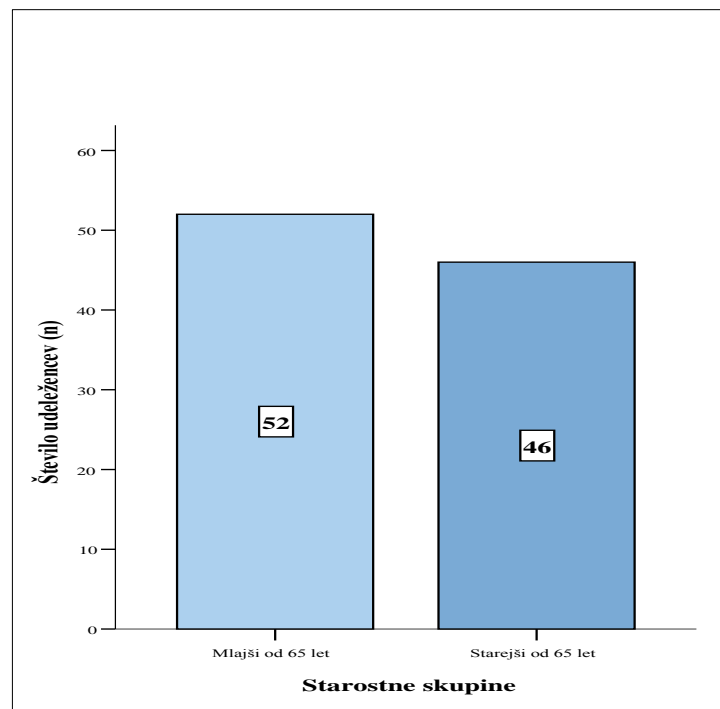
3.4 Vzorec

Vzorec v raziskavi predstavljajo prostovoljni udeleženci organizirane akcije za promocijo zdravja v sodelovanju krajevne skupnosti in zdravstvenega doma. Za pridobitev udeležencev je krajevna skupnost poslala 800 vabil – tj. število družin v omenjeni krajevni skupnosti. V vzorec za raziskavo smo zajeli tiste, ki so se na vabilo odzvali in se udeležili organizirane promocijske akcije. Preventivne akcije se je udeležilo 98 krajanov, od tega 59 žensk in 39 moških, kar prikazujemo v Sliki 5.



Slika 5: Število udeležencev akcije po spolu

Povprečna starost udeležencev akcije je bila 63 let, najmlajša udeleženka je bila stara 23, najstarejša pa 91 let. V Sliki 6 prikazujemo razdelitev udeležencev po starostnih skupinah – do 65 let je bilo 52 udeležencev, nad 65 let 46 udeležencev.



Slika 6: Starostna struktura udeležencev akcije

4 REZULTATI IN RAZPRAVA

4.1 Rezultati pridobljeni na organizirani akciji

Zaradi zmanjševanja neenakosti v zdravju (42) se v Slovenji odvija veliko preventivnih akcij v lokalnih skupnostih. V eni izmed tovrstnih akcij smo ugotovili, da je odzivnost krajanov na akcijo zelo dobra in se iz leta v leto povečuje, saj je to bila že četrta tovrstna akcija v dveh krajevnih skupnostih v zadnjih treh letih.

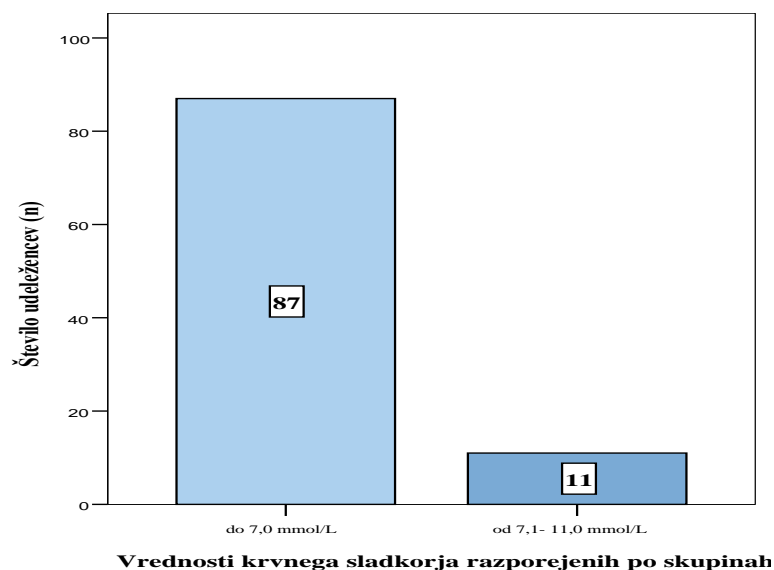
Zavod za zdravstveno varstvo Nova gorica je v letih 2010/11 izpeljal podobno preventivno akcijo v občini Kanal ob Soči. Udeležilo se je 720 občank in občanov (43).

Izvedene akcije, ki jo predstavljamo v raziskavi, se je udeležilo 98 krajanov iz štirih zaselkov. Kraj izvedbe so bili prostori krajevne skupnosti. Izvajali smo sledeče aktivnosti: meritve krvnega pritiska, krvnega sladkorja in celokupnega holesterola, ter svetovali glede zdravega načina življenja. V izvedbo proučevane aktivnosti so se vključile medicinske sestre zaposlene v ZVC in patronažno zdravstvenem varstvu bližnjega zdravstvenega doma ter študentki Fakultete za vede o zdravju Izola.

V nadaljevanju prikazujemo rezultate meritev, ki smo jih izvedli na organizirani akciji v lokalni skupnosti. Poudariti je potrebno dejstvo, da udeleženci akcije niso bili tešči.

Na akciji smo izvajali meritve krvnega sladkorja z odvzemom kapilarne krvi na aparatih Accu-Chek Aviva in prišli do naslednjih rezultatov: 87 udeležencev je imelo vrednost krvnega sladkorja manj kot 7,0 mmol/L. Ostali pa do 11,0 mmol/L. Nihče ni imel višje vrednosti od 11mmol/L. Rezultati vrednosti meritev so prikazani v Sliki 7. Od 98 je bilo 6 pacientov s sladkorno boleznijo.

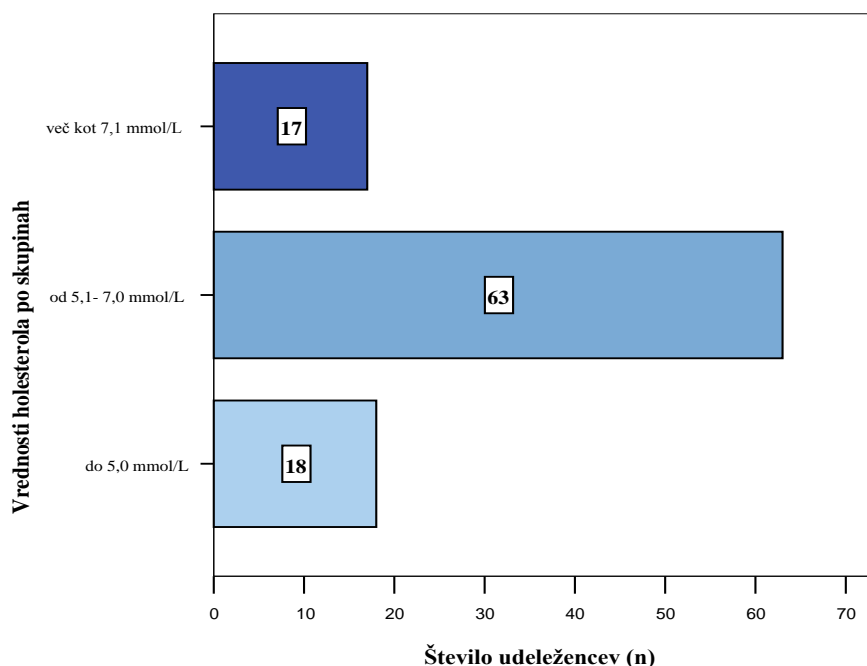
V Sloveniji je bilo, po ocenah Mednarodne federacije za sladkorno bolezen, leta 2007 125.000 odraslih ljudi s sladkorno boleznijo (44). Znano je, da ima veliko neodkritih pacientov metabolni sindrom in prediabetes, kar sta dejavnika za razvoj sladkorne bolezni in srčno žilnih obolenj (45). Zato je potrebno pozornost posvetiti še drugim opozorilnim znakom za nastanek sladkorne bolezni: zvišan krvni pritisk, zvišani trigliceridi, zvišan HDL holesterol pri moških, prevelik obseg pasu (45).



Slika 7: Število udeležencev, razporejenih po skupinah rezultatov krvnega sladkorja

Kot vemo je holesterol v našem telesu nepogrešljiv, saj je sestavni del vsake celice. Nepogrešljiv je za tvorbo nekaterih hormonov, vitamina D in žolčne kisline (54).Vsekakor pa preden govorimo o hiperlipidemiji, moramo poznati še vrednosti trigliceridov in razmerje med HDL (lipoprotein z visoko gostoto) in LDL (lipoprotein z nizko gostoto). Pri pacientih s srčno-žilnimi obolenji in sladkorno boleznijo so ciljne vrednosti skupnega holesterola manjše od 4,5 mmol/L (46).

Celokupni holesterol smo merili iz kapilarne krvi in sicer z aparati Accutrend Plus. Udeleženci niso bili tešči, zato so bile vrednosti pri kar 63 obiskovalcih višje od normalnih referenčnih vrednosti tj. višje od 5,1 mmol/L. Glavnina vrednosti se je gibala od 5,1 do 7,0 mmol/L (prikaz v Sliki 8). Pri 17 obiskovalcih je vrednost celokupnega holesterola presegala 7,1 mmol/L. 8 udeležencev je imelo vrednosti holesterola še višje. Meritve so pri teh pokazale najvišjo možno izmerjeno vrednost (7,7 mmol/L), kar je zgornja meja meritev aparata Accutrend Plus in predstavlja možnost, da imajo ti pacienti še višje vrednosti (od 7,7mmol/L) holesterola v krvi. Večina udeležencev je izjavila, da so jedli zajtrk ali popili kavo. 14 udeležencev se zdravi zaradi povišane vrednosti maščob v krvi.



Slika 8: Prikaz števila udeležencev, razporejenih v skupine po vrednosti celokupnega holesterola

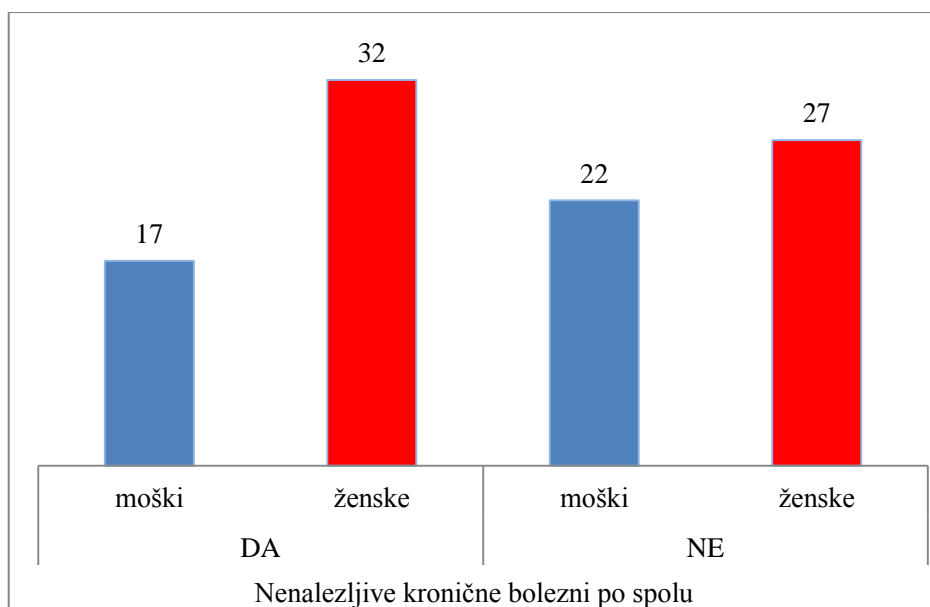
Pri meritvah krvnega pritiska smo v povprečju zabeležili povišane vrednosti. Le pri 25 vseh smo izmerili normalne vrednosti: tj. sistolični pritisk pod 140 mmHg in pri 69 diastolični pritisk pod 90 mmHg. Po natančnejšem preverjanju vzrokov takih rezultatov, smo od udeležencev izvedeli, da sicer ob samokontroli nimajo zvišanih vrednosti »...*Doma nimam nikoli tako visokega pritiska...*(P49)«. Od vseh jih antihipertenzivna sredstva jemlje 29. Dopustili smo možnost, da so zvišane vrednosti posledica vznemirjenja- stresa »...*še dobro, da nimate bele halje...*(P15)« ali starosti populacije, kajti kar 46 udeležencev je bilo starejših od 65 let. Stres in starost sta dejavnika, ki lahko vplivata na spremenjene vrednosti krvnega pritiska (46).

Ob srečanju z udeleženci smo jih povprašali o njihovih morebitnih boleznih in sicer nenalezljivih kroničnih boleznih (NKB). Polovica – 49 (17 moških in 32 žensk), jih je odgovorilo pozitivno, negativno pa preostalih 49 udeležencev. Zanimalo nas je ali boleajo za katero drugo boleznijo in 35 udeležencev je odgovorilo pritrdilno (prikaz v Sliki 9). Najpogosteje so navedli skeletno-mišična obolenja, bolezni prebavil, moški- težave s prostato.

Vsem pacientom z odstopanji od normalnih vrednosti smo individualno svetovali o prehrani, telesni aktivnosti in izogibanju stresnim dejavnikom.

Tri četrtine udeležencev preventivne akcije so bili pacienti s kronično boleznijo, kar kaže na to, da je njihova udeležba posledica skrbi za zdravje oz. imajo potrebo po sledenju nad parametri, ki kažejo na znake nenalezljivih kroničnih bolezni (kar je razveseljiv podatek) in je v nadaljevanju tudi potrdil intervju, ki smo ga opravili.

V svetu in tudi pri nas se število pacientov s kronično boleznijo povečuje. K temu prispeva dejstvo, da se prebivalstvo stara. S promocijo zdravega načina življenja je smiselno usmerjati že mlajše generacije, ki naj bi tak življenjski slog osvojili in živeli z njim vsak dan. V spopadu s kronično boleznijo medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji nudijo pomoč obolelemu, da sprejme svojo bolezen, spremeni način življenja in zaživi čim bolj kakovostno. S tem posameznik ohranja zdravje in preprečuje poslabšanje obolenja. Naloga medicinskih sester je, da pacienta podučijo o znakih in posledicah njegove bolezni, da bo znal ob spremembah zdravstvenega stanja na to pravočasno in učinkovito reagirati in sprejemati ter zaživeti kvalitetnejše življenje (41).

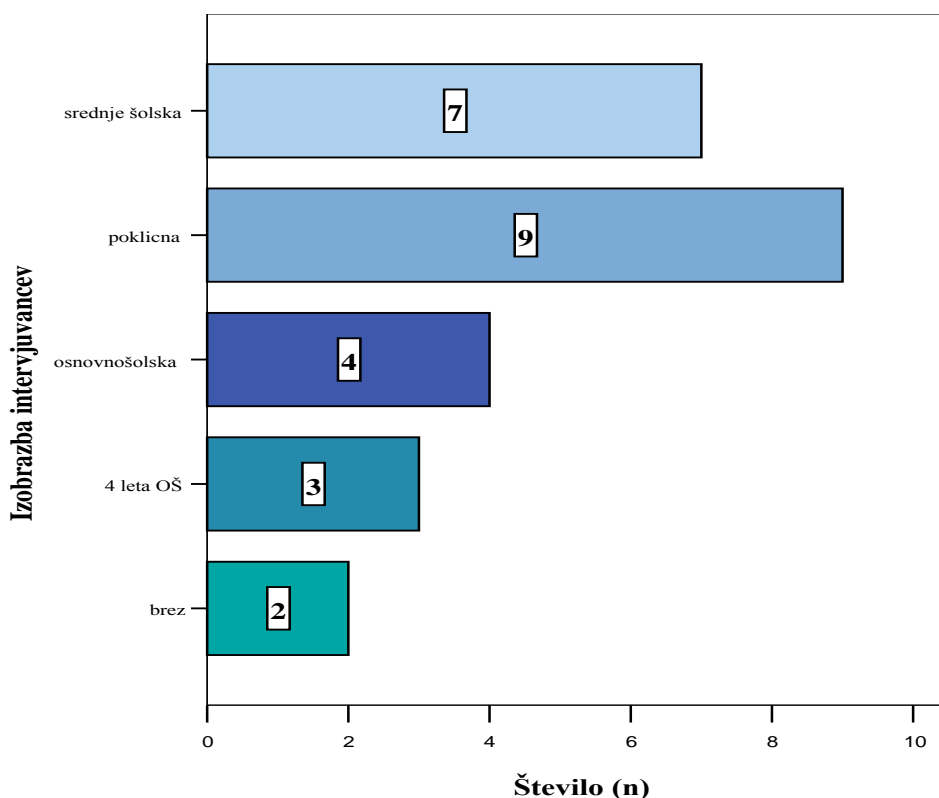


Slika 9: Delež nenalezljivih kroničnih bolezni po spolu

Devetnajst udeležencev (od skupno 49 pacientov z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi - NKB ali drugimi kroničnimi boleznimi), je bilo že pred izvedeno akcijo obiskanih s strani patronažne medicinske sestre.

4.2 Rezultati pridobljeni z intervjuji

Med vsemi pacienti z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi (NKB), prisotnimi na organizirani akciji in na podlagi pridobljenih rezultatov meritev, smo naključno izbrali 25 udeležencev in izvedli z njimi intervjuje s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki so ga izpolnjevali s patronažno medicinsko sestro med obiskom na domu.



Slika 10: Razporeditev intervjuvancev po izobrazbi

Demografski podatki kažejo, da je v intervjujih sodelovalo 8 moških in 17 žensk, povprečna starost je 67 let (najstarejša ženska 90, najmlajša pa 51 let). Izobraženost intervjuvancev je prikazana v Sliki 10. Večina – 9 intervjuvancev, je imela poklicno izobrazbo, 6 srednješolsko, ostalih 9 pa osnovnošolsko ali 4 razrede osnovne šole ali pa so bili brez izobrazbe. Nihče ni imel višje ali visokošolske oz. fakultetne izobrazbe, kar

potrjuje dejstvo, da izobrazba gotovo vpliva na odnos do zdravja in posledično bolezni. To je tudi pokazalo Poročilo neenakosti v zdravju v Sloveniji, katerega je pripravilo več državnih institucij, ki so ugotovile, da je pogostost arterijske hipertenzije in bolezni srca v starostni skupini 45-64 let največja v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe (47).

Odgovore intervjujev smo usmerili, pregledali in kategorizirali v 3 skupine, ki jih bomo uporabili kot kategorije za razlago rezultatov. V prvo kategorijo bomo uvrstili »vtise o izvedeni aktivnosti«, v drugo kategorijo »izvajalci aktivnost – medicinske sestre« ter tretjo kategorijo »samoučinkovitost na področju zdravja«. Pregledane podatke iz posameznega intervjuja smo označili s črko P in zaporedno številko.

Prva kategorija: VTISI O IZVEDENI AKTIVNOSTI

Odprta vprašanja smo začeli z vprašanjem: »Ali ste se že kdaj udeležili preventivne akcije v krajevni skupnosti?« 3/5 (15oseb) intervjuvancev se je prvič udeležilo akcije v krajevni skupnosti. 10 oseb pa je že sodelovalo v podobni akciji leta 2010.

Vsi intervjuvanci so izkazali zadovoljstvo z izvedeno aktivnostjo. Štirje intervjuvanci so poudarili dobro dostopnost, kajti tokrat se je akcija izvajala v pritličnih prostorih Krajevne skupnosti »...je boljše spodaj, ki ni stopnic...(P6)«, prejšnja pa v prvem nadstropju stavbe. Trije intervjuvanci so opozorili na premajhen prostor »...je bilo ozko...(P24)« in s tem varovanje pacientove zasebnosti »...se ni dalo pogovarjat...(P8)«. Poizvedovali smo tudi po času, ki so ga porabili za čakanje na meritve: devet je za čakanje porabilo do 10 minut, osem pa od 20 do 30 minut »...sem prišel takrat, ko je bila največja gužva...(P9)«, večina je prišla na vrsto v 15-ih minutah. Za večino (osemnajst intervjuvancev) je bila akcija profesionalno izvedena, nekaj (pet) jih je pohvalilo prijaznost izvajalcev, štirje pa so bili zelo navdušeni nad celotno izvedbo »...Super je bilo!...(P18)«. Ko smo spraševali, kaj bi še povedali o sami akciji oz. kaj jim je ostalo v spominu, je ena od intervjuvank menila: »Lepo, da ste prišli na vas in se spomnili na nas. (P25)«, 15 intervjuvancev je izrazilo željo, da bi tako akcijo še ponovili vsaj enkrat krat letno »...Bi bilo dobro, da pridete še vsaj enkrat na leto...(P5)«. Petim intervjuvancem je ta dan ostal v spominu po srečanju z znanci »...Že dolgo nisem videla sestrčne...(P13)«, »...malo smo poklepetali s sosedi...(P24)«.

Od intervjuvancev smo želeli izvedeti ali so na sami akciji po izvedbi meritev, izvedeli kakšen koristen nasvet za ohranjanje ali izboljšanje zdravja oz. preprečevanje bolezni. Enaindvajset intervjuvancev je odgovorilo pritrdilno. V trinajstih primerih jim je bilo svetovano o primerni prehrani »...*So mi rekle, da ne smem dosti slano...*(P12)«, »...*bo treba malo manj klobasic...*(P8)«. V šestih primerih so izvajalke svetovale glede telesne aktivnosti »...*bi bilo treba malo več migat...*(P17)«. Trem intervjuvancem je bila svetovana ponovna kontrola povišanih parametrov oz. obisk pri osebnemu zdravniku »...*Moram se malo čuvati in potem na kontrolo k doktorju...*(P11)«. Le pet intervjuvancev na akciji ni izvedelo ničesar oz. nič novega za ohranjanje njihovega zdravja »...*Hodim diabetologu, pa vse to že čula...*(P6)«.

Enaindvajset intervjuvancev je povedalo, da se je preventivne akcije udeležilo zaradi skrbi za zdravje , »...*je treba vsake tolko malo pokontrolirat...*(P4)«, »...*malo moram videt, kako je z mojim pritiskom. Vzamem tablete- pa da vem, če kaj pomagajo...*(P23)«, kontrole zdravstvenega stanja oz. preventivne kontrole »...*moram malo videt kaj pravi kri...*(P3)« . Devet intervjuvancev se je akcije udeležilo zaradi bližine kraja izvedbe »... *sem tu sosed, pa...*(P14)« ali ker so prišli za družbo s sosedi »...*so vprašali, če grem z njimi...*(P7)«.

Druga kategorija: IZVAJALCI AKTIVNOSTI – MEDICINSKE SESTRE

Zanimalo nas je tudi; ali intervjuvanci vedo kdo so izvajalci aktivnosti. Dvanajst intervjuvancev je odgovorilo, da ne vedo. Devet jih je odgovorilo, da so to medicinske sestre oz. zdravstveni delavci, štiri so prepoznali patronažne sestre »...*Naše patronažke so bile...*(P11)«. Nadalje smo jim razložili kdo so bili izvajalci akcije. Nato smo vprašali, če vedo kje v zdravstvenem domu bi našli te izvajalce akcije, če bi jih rabili, je enaindvajset intervjuvancev odgovorilo, da ne vedo.

Sledilo je vprašanje: »Ali ste kdaj pomislili, da vam medicinske sestre lahko svetujejo glede zdravega načina življenja?« Da so medicinske sestre za to usposobljene je smatralo štiriindvajset intervjuvancev »...*Dostikrat izvem več od sestre, kot od zdravnika...*(P6)«, »...*veliko vedo...*(P10)«.

Delo medicinske sestre v zdravstvenem domu intervjuvanci vidijo kot: težko, odgovorno, naporno, zelo pomembno. Pet intervjuvancev je poudarilo, da se medicinske sestre preveč ukvarjajo z administrativnimi deli namesto, da bi se posvetile pacientu »...*preveč*

pišejo...(P9)«, »...da se ukvarja s pacienti in manj s papirji...(P16)«, »...veliko delajo, predvsem pišejo...(P21)«. Povedali so tudi, da so medicinske sestre delovne »...Delajo vse živo...(P2)«, »...naporno...(P6)«, »...veliko dela naenkrat...(P20)«. Šest jih je izrazilo izredno zadovoljstvo nad delom medicinskih sester »...zelo prijazne...(P11)«, »...vedno prijazne...(P12)«, »...zelo skrbijo za paciente... (P15)«.

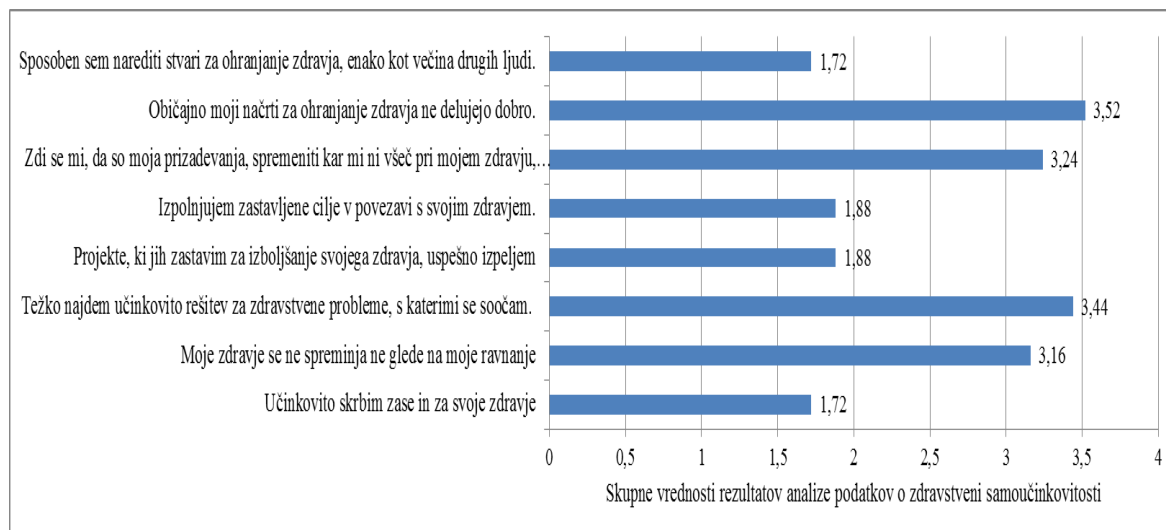
Naloge zaposlenih v zdravstveni negi na primarnem zdravstvenem nivoju, po mnenju intervjuvancev, so povezane z izvajanjem medicinsko tehničnih posegov (tj: aplikacija injekcij, oskrba ran, merjenje vitalnih znakov in drugo), triažo in administrativnimi deli *»...meri pritisk, daje injekcije, previja, govori po telefonu, išče kartone, svetuje...(P20)«* . Petnajst jih je spontano omenilo tudi pogovor oz. svetovanje pacientu *»...dostikrat mi kaj razložijo...(P12)«, »...opozorijo me na kakšne stvari...(P17)«,* kar tudi so kompetence in aktivnosti zaposlenih v zdravstveni negi (55).

Zdravstveno vzgojni center in aktivnosti v njem pozna petnajst intervjuvancev. Delavnic za ohranjanje zdravja so se udeležili le štirje. Za neudeležbo največkrat navajajo oddaljenost kraja bivanja.

Večina intervjuvancev je delo patronažne medicinske sestre opisalo kot pomoč oz. nego na domu onemoglim, starejšim in bolnim *»...hodi po hišah...(P24),(P6)«, »...delajo dobre stvari-pomagajo človeku...(P5)«*. Po njihovem mnenju pri pacientu na domu, patronažna medicinska sestra izvaja medicinsko tehnične posege in postopke *»...zadovolji potrebe pacienta...(P2)«*. Le ena oseba je navedla tudi obiske pri novorojenčkih in otročnicah *»...tudi k dojenčkom pride...(P9)«*. Večina intervjuvancev bi za pomoč, ki bi jo potrebovala, poklicala patronažno medicinsko sestro. Predvsem starejši intervjuvanci so poudarili, da bi patronažno medicinsko sestro rabili, predvsem če bi obležali *»...če ne bi bila zmožna iti v zdravstveni dom...(P18)«, »...če bi onemogla...(P20)«, »...če ne bi mogla vstat...(P21)«*. Da je tudi izvedba preventivnih obiskov s svetovanjem delo patronažne medicinske sestre (34), so omenili zgolj štirje intervjuvanci *»...je že bila pri meni in mojemu možu...(P9)«, »...lahko se pogovarjaš z njo...(P8)«*. Udeležence smo poučili o preventivni dejavnosti na primarnem zdravstvenem nivoju, predvsem v patronažnem zdravstvenem varstvu (preventivna dejavnost 80 %) (34, 49) in v zdravstveno vzgojnih centrih (34).

Tretja kategorija: SAMOUČINKOVITOST NA PODROČJU ZDRAVJA

Ko govorimo o samoučinkovitosti govorimo o lastnem nadzoru nad svojimi dejanji oz. kako vplivati na dejavnike, ki delujejo na nas (50). Ta del vprašalnika je bil povzet po »Percivied Health Competence Scale« (48). Intervjuvanci so odgovorili na ta vprašanja, patronažna medicinska sestra pa je obkrožila navedeno številko. Vprašalnik je sestavljen iz nekaj trditev povezanih s skrbjo za lastno zdravje, ki jih intervjuvanci označijo s številko na Likertovi lestvici. Vsem 25 intervjuvanim pacientom s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi smo zastavili vprašanja, ki po mnenju Dempsterja in Donnellja (48) opredelijo posameznikovo samoučinkovitost na področju zdravja (Slika 11) kot spremenljivko povezano z napovedovanjem vedenja, povezanega z zdravjem pri posamezniku. Zaznana samoučinkovitost posameznika in posameznikova prepričanja v zvezi z vedenjem povezanim z zdravjem, sta ključni komponenti socialno kognitivne teorije (56), ki skuša razložiti spremembe oziroma specifične vedenja posameznika (57). Uporabljena Likertova lestvica predstavlja odgovore: vedno (1), pogosto (2), včasih (3), redko (4), nikoli (5). Intervjuvanci so svojo skrb za zdravje ocenili s povprečno oceno 1,72, prav tako so prepričljivi pri izpolnjevanju zastavljenih projektov in ciljev s področja zdravja (1,88). Intervjuvanci so prepričani, da svoje zdravje lahko sami izboljšajo, saj so trditev: *Ne glede kako ravnam, se moje zdravje ne spreminja, kakor bi si želel*, ocenili s povprečno oceno 3,16, kar nakazuje na to, da razumejo svoj delež skrbi za lastno zdravje. V večini so prepričani, da lahko najdejo učinkovito rešitev za svoje zdravstvene probleme (3,44) in poudarjajo, da so njihova prizadevanja, spremeniti kar jim ni všeč pri njih, učinkovita (3,24). Prav tako so prepričani, da njihovi načrti za ohranjanje zdravja delujejo dobro (3,52).



Slika 11: Rezultati ankete »Samoučinkovitost na področju zdravja«

Pozornost medicinskih sester se mora usmeriti k pacientom, ki ne najdejo učinkovite rešitve za ohranjanje svojega zdravja, ne uspejo izpeljati projektov in zastavljenih ciljev za izboljšanje lastnega zdravja, kajti za to so usposobljene medicinske sestre na primarnem zdravstvenem nivoju, ki jim lahko svetujejo. Ponudijo jim lahko ustrezno pomoč ali kot individualno svetovanje v ambulantah, sodelovanje v delavnicah za ohranjanje zdravja ali z obiskom na domu, kjer skupno zastavijo cilje, izdelajo načrt, spodbujajo posameznika k skrbi za lastno zdravje in sledijo rezultatom zastavljenih ciljev.

Vsi ti pacienti pa so tudi vodeni v ambulantah družinske medicine ali v specialističnih ambulantah, kjer so prav tako deležni svetovanja za ohranitev njihovega zdravja (51).

Da je smiselno paciente z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi reeducirati je tudi pokazala raziskava, ki je bila izvedena v Diabetičnem dispanzerju Zdravstvenega doma Koper, saj so z reedukacijskim programom diabetikov dosegli dober dolgotrajnejši učinek zdravstveno vzgojnega dela, ki se kaže z uravnano vrednostjo glikiranega hemoglobina (52).

5 ZAKLJUČEK

V slovenskem zdravstvenem sistemu imamo veliko projektov, načrtov, resolucij in dogovorov za vodenje, obravnavo in varstvo pacienta z NKB. Vsak projekt dobro deluje na svojem področju. Rak rana v slovenskem zdravstvu je komunikacija med posameznimi dejavnostmi, bodisi v horizontalnem ali vertikalnem nivoju (53) in pa seveda na relaciji s pacientom.

Že v ekonomiji je znano, da če združimo dve manjši enoti, je učinek dela boljši in večji. To se je izkazalo tudi ob realizirani skupni akciji, kjer so rezultati skupnega dela pokazali večji učinek za izvajalce in uporabnike zdravstvenih storitev.

Menimo, da so tako izvedene akcije v lokalni skupnosti dobrodošle za same prebivalce zaradi lažjega dostopa oz. bližine izvedenih aktivnosti. Istočasno pa zaposleni v patronažnem zdravstvenem varstvu in ZVC lažje navežejo stike s pacienti za preventivno obravnavo. Le dobro sodelovanje in pripravljenost obeh akterjev (krajevne skupnosti in zdravstvenega doma) prebivalcem vliva zaupanje, da imajo v skrbi za lastno zdravje, vedno podporo.

Nadaljnje aktivnosti se bodo bazirale na kontinuirano spremljanje pacientov z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi s strani patronažnih medicinskih sester. ZVC bo v krajevni skupnosti organiziral delavnice za ohranjanje zdravja.

Veliko priložnost za sodelovanje vidimo med referenčnimi ambulantami in patronažno zdravstvenim varstvom. Ti dejavnosti aktivno in kontinuirano spremljata in ciljno obravnavata paciente z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi.

6 LITERATURA

1. Kamin T. (2013). Če nismo pripravljeni poskusiti niti drugačne hrane, kako bomo sprejemali drugačne ljudi.
<http://www.mladina.si/120322/dr-tanja-kamin-ce-nismo-pripravljeni-poskusiti-niti-drugacne-hrane-kako-bomo-sprejemali-drugacne/> <26.05.2013>
2. Seljak J. Kazalec uravnoteženega razvoja. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2001: 116.
3. World Health Organisation. Regional Office for Europe. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI Vision. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004: 7-8.
4. Lipar T. (2012). Kronične nenalezljive bolezni.
<http://www.inst-antontrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1232> <05.11.2013>.
5. World Health Organisation. Regional Office for Europe. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI Vision. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004: 7-8.
6. Vrbovšek S. Razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne obravnave kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, ur. 12. Simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik predavanj z recenzijo. Portorož 2010. Ljubljana: Zveza- zbornica babiške in zdravstvene nege. Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, 2010: 37-38.
7. WHO (2013) Health promotion.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> <31.03.2013>.
8. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana:Univerza v Ljubljani. Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007: 262, 289-290, 292-297, 302, 304-307, 311.

9. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. Ur.l.RS. št. 72/2008: 9977.
<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200872&stevilka=3163>
<30.03.2013>.
10. RS. Ministrstvo za zdravje (2013). Letni program nalog na področju javnega zdravja v letu 2013.
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/varnost_hrane/razno/LP_IVZ_2013.pdf <06.04.2013>.
11. Babnik K, Štemberger Kolnik T, Bratuž A. Zdravstvena pismenost: Stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. Obzor Zdrav N. 2013; 47 (1): 71.
12. Svetovna zdravstvena organizacija. (2009). Health promotion. Health literacy and health behaviour.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en> <18.05.2013>.
13. Dernovšček Hafner N. Zdravje nižje izobraženih delavcev. Molan M, Dodič Fikfak M. ur. Izbrane teme o duševnem zdravju. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Združenje za medicino dela, prometa in športa. 2010; 8(1): 139–156.
14. WHO. Declaration of Almaa-Ata international conference of primary health care. Alma-Ata: USSR, 1978.
15. Černigoj Sadar N. Kakovost različnih področij življenja in zdravja. V: Toš N, Mlinar B, ur. Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, 2002:72.
16. Hanžek M. Poročilo o človekovem razvoju. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj, 1999: 76.

17. Pečauer M (2012). Anketa Dela: Najpomembnejša vrednota je zdravje.
<http://www.delo.si/novice/politika/anketa-dela-najpomembnejša-vrednota-je-zdravje.html> <29.03.2013>.
18. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Ljubljana: Aristej, 2003: 41- 43.
19. Poročilo o razvoju 2012. Urad za makroekonomske raziskave Republike Slovenije.
http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/PoR_2012.pdf <19.04.2013>.
20. Van Servellen G. Communication skills for the health care professional: concepts and techniques. Maryland: Aspen Publishers Inc., 1997:15.
21. Kristine Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> <02.06.2013>.
22. Kanj M, Mitic W.(2009). Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf <20.05.2013>
23. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa, Canada Information, 1974.
24. WHO. (2013). Health promotion.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> <31.03.2013>.
25. IVZ (2012). Predstavitev.
<http://ivz.si/predstavitev> <31.03.2013>.

26. RS. Ministrstvo za zdravje (2013). Letni program nalog na področju javnega zdravja v letu 2013.
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/varnost_hrane/razno/LP_IVZ_2013.pdf <06.04.2013>.
27. Luzmar A. Programi svetovanja za zdravje (zgibanka). Ljubljana: CINDI Slovenija, 2003
28. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo, 2005:6-7.
29. IVZ (2011). Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike.
http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=15&pi=5&_id=39&_PageIndex=0&_groupId=183&_newsCategory=&_action=ShowNewsFull&pl=15-5.0.
<06.04.2013>
30. Pucelj V.(2013). Promocija zdravja in vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike.
<http://img.ivz.si/janez/2187-6261.pdf> <06.04.2013>
31. Zveza- zbornica babiške in zdravstvene nege. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Mednarodni kodeks etike za babice. Ljubljana: 2006.
32. ICN. Revizija Etičnega kodeksa za medicinske sestre odraža pomen pozitivnega delovnega okolja in z dokazi podprte prakse. *Utrip* 2013;21(1): 20.
33. Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Novosti- Izkušnje- Pobude. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega- nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N* 2006;40: 248-250.
34. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur.l. RS. št. 22/2009: 2843.
35. Geč T. Patronažna medicinska sestra in okolje: Zbornik prispevkov 3. Kongresa zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica ZDMS in ZT Slovenije, 2001:185-189.

36. Vrbovšek S. Delovanje nacionalne mreže zdravstveno vzgojnih centrov v letu 2009. Strokovno srečanje izvajalcev nacionalnega programa primarne preventive srčno žilnih bolezni (NPPPSŽB). Ljubljana: IVZ RS, CINDI Slovenija, 2011.
37. Škerbinek A.L. Skupinska dinamika negovalnega tima . Obzor Zdr N 1998; 32: 25-8.
38. Grant RW, Finocchio LJ, California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration. Interdisciplinary collaborative teams in primary care: a model curriculum and resource guide. San Francisco, California: Pew Health Professions Commission, 1995.
39. Higgins A. Collaboration to improve health provision: Advancing nursing practice and interdisciplinary relationships. V: Ross J, *ur.* Rural nursing. Aspects of Practice. New Zealand: Ministry of Health .Rural Health Opportunities, 2008:222.
www.health.govt.nz/system/.../rural-nursing-aspects-of-practice-mar08.p
<13.10.2013>.
40. Kavčič B.M., Pagon M. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. V: Filej B, Kaučič B.M., Lahe M., Pajnikihar M, *ur.* 1. Simpozij zdravstvene in babiške nege: Dejavniki uspešnega timskega dela v zdravstveni negi. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, 2006:145-152.
41. Štemberger Kolnik T, Klemenc D. Stroka zdravstvene nege ob mednarodnem dnevu medicinskih sester zagotavlja varnost in uvaja novosti. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, *ur.* 12. Simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik predavanj z recenzijo. Portorož: Zveza-zbornica babiške in zdravstvene nege. Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, 2010: 5.
42. Bobak M , Buzeti T. Vloga zdravstvenih delavcev pri zmanjševanju neenakosti v zdravju. Konferenca Skupaj za zdravje. Programska knjižica. Brdo pri Kranju: IVZ, Cindi Slovenija, RS Ministrstvo za zdravje, 2013.

43. Jerič I. (2011). ZZV Nova Gorica. Končno poročilo o izvedenih aktivnostih v okviru projekta »Več zdravja v občini Kanal ob Soči« v letu 2010/2011 za čas od 25. 5. 2010 do 30. 6. 2011.
http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2012/62_porocilo_Kanal.pdf <28.10.2013>.
44. Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010-2020.
45. Ravnik Oblak M. (2011) Diagnoza sladkorne bolezni, prediabetesa in metaboličnega sindroma.
<http://www.endodiab.si/dotAsset/7108.pdf> <28.10.2013>
46. Lek d.d. Kaj je dobro vedeti o srčno žilnih boleznih. V: Pintar P, Kus B, *ur.* Ljubljana: Lek, 2007.
47. Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N in sod. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011: 11.
48. Dempster M, Donnelly M. Validity of the Percieved Health Competence Scale in A UK primary care setting. *Psychology, Health&Medicine*, 2008; 13(1):123-127.
49. Zavrl Džananović D. Novosti – izkušnje – pobude – odmevi: Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri: Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008. *Obzor Zdrvs Neg* . 2010 ; 44 (2): 117-125.
50. Samoučinkovitost. (2013) Wikipedia.
<http://sl.wikipedia.org/wiki/Samou%C4%8Dinkovitost> <02.11.2013>
51. Vrbovšek S. Razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne obravnave kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, *ur.* 12. Simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik predavanj z recenzijo. Portorož: Zveza- zbornica babiške in zdravstvene nege. Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, 2010: 37-38.

52. Kosmina Novak V. Vpliv reedukacijskega programa za paciente s sladkorno boleznijo tip 2 na pokazatelje metabolne urejenosti. V: Klemenc D, Majcen Dvoršak S., Štemberger Kolnik T. (ur.). 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema« Zbornik predavanj z recenzijo. Brdo pri Kranju: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, 2013: 102.
53. Horvat M. Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo – obravnava na primarnem nivoju v patronažni dejavnosti. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, ur. 12. Simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik predavanj z recenzijo. Portorož: Zveza- zbornica babiške in zdravstvene nege. Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, 2010: 51.
54. Cibic B. (2005) Holesterol in maščobe v krvi.
http://zasrce.si/wp-content/uploads/uvoz/publikacije/holesterol_mascope.pdf
<03.12.2013>.
55. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.
56. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997:3–10; 259–313.
57. Babnik K, Štemberger Kolnik T. Koncept zaznane samoučinkovitosti in njegova aplikacija v zdravstveno nego. V: Železnik D, Kaučič BM, Železnik U. Sedanjost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede. 2013; 173-180.

ZAHVALA:

- Vsem, ki ste kakorkoli pripomogli, da sem se odločila za šolanje
- Vsem, ki ste mi znanje podajali
- Vsem, ki ste me spodbujali in mi stali ob strani
- Vsem, ki ste verjeli vame

OPRAVIČILO:

- Vsem, ki ste bili zaradi mojega šolanja prikrajšani za karkoli